

JOSÉ CARLOS BORGES

**PERCEPÇÕES DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS SOBRE A DOENÇA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2003**

JOSÉ CARLOS BORGES

**PERCEPÇÕES DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS SOBRE A DOENÇA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson Cardoso

Orientador: Dr. Iberê do Nascimento

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2003**

Borges, José Carlos

Percepções de indivíduos portadores de Diabetes Mellitus sobre a doença /
José Carlos Borges. – Florianópolis, 2003.
27 p.

Orientador: Iberê do Nascimento.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de
Santa Catarina – Curso de Pós-Graduação em Medicina.

1. diabetes mellitus 2. educação do paciente 3. percepções

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Vanderlan e Marilda Borges, pela oportunidade que me deram, sempre me apoiando e incentivando em todos os momentos da minha vida.

Ao meu irmão Douglas Borges, fonte de admiração e incentivo para seguir a profissão médica.

A minha namorada Janaina Silvestrini, pela dedicação, carinho e exemplo de determinação.

Aos amigos Márcio Westphal, Giovani César Stolf, Luiz Augusto Moretti e Heitor Tognoli e Silva pela ajuda em momentos de dificuldade.

Ao Dr. Iberê do Nascimento, orientador deste trabalho, pela atenção e apoio para a realização deste estudo e pelos ensinamentos transmitidos durante o internato em saúde pública no C.S Córrego Grande.

A agente comunitária de saúde, Varlene Maria Pereira, que muito contribuiu para a realização das entrevistas.

Às pessoas entrevistadas, pela participação voluntária, essencial para a realização do presente estudo.

SUMÁRIO

RESUMO v

SUMMARY vi

1. INTRODUÇÃO 1

2. OBJETIVO 4

3. MÉTODO..... 5

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 6

5. CONCLUSÃO..... 17

REFERÊNCIAS..... 18

ANEXO 20

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar as percepções de pessoas diabéticas sobre sua própria doença, residentes na microárea 02 do bairro Córrego Grande (Área 170) de Florianópolis/SC. Trata-se de um estudo qualitativo, o qual submeteu dez indivíduos a um questionário, entre outubro e novembro de 2002. A maioria das pessoas não mostrou conhecimento suficiente sobre a sua doença. Houve um predomínio do conceito de glicose elevada no sangue na definição de Diabetes Mellitus. Algumas pessoas confundiram complicações com os sinais e sintomas da doença. Percepções sobre causas e tratamentos do Diabetes e a influência do padrão de vida da sociedade atual sobre a incidência da doença apresentaram atenção em aspectos reduzidos. A percepção de viver com Diabetes Mellitus está relacionada a incapacidade. As percepções são um reflexo de uma tendência a transmissão individual de informações pelos médicos em oposição a ações de abordagem coletiva, denotando a visão biologicista do conceito saúde/doença.

SUMMARY

The purpose of this study was to identify the perceptions of diabetic people about their own disease, inhabitants in the 02 smallarea of Córrego Grande district (170 area) of Florianópolis/SC. It was a qualitative study wich submitted ten individuals to a questionnaire, between October and November of 2002. Most of the people did not show enough knowledge about their illness. There was a predominance of the concept of high glucose blood level as the definition of Diabetes Mellitus. Some people confounded complications with signs and symptoms of disease. Perceptions about causes and treatment of diabetes and influence of the standard of living of the present society about the incidence of the disease presented attention on reduced aspects. The perception of living with Diabetes Mellitus was related to incapacity. Their perceptions were a reflex of a trend to individual transmission of information by physicians against colletive approach actions, wich denotes the biological medical model of health/disease concept.

melhora na atenção em diabetes, o qual consistia essencialmente na educação do paciente. A partir da década de setenta a educação passou a ser reconhecida pelos profissionais da saúde como parte essencial do tratamento do diabetes ⁴.

Muitos pacientes cometem erros ou dispensam poucos cuidados a sua doença, em função do seu desconhecimento. Quanto mais se conhece a respeito da síndrome diabética, mais se reconhece a necessidade do profundo envolvimento do indivíduo diabético e de toda equipe de saúde para assegurar a estabilidade metabólica, indispensável para o seu bem estar a curto e a longo prazo ⁵.

O diabetes mellitus é uma enfermidade tratável e controlável, mas não curável, que requer um tratamento integral, em que a participação do paciente é fundamental; mas isto só é alcançado através de um processo educacional que durará a vida toda ⁶. A educação do diabético, seja pelo médico, enfermeira, nutricionista ou equipe multidisciplinar é de extrema importância para que o paciente mude o seu comportamento em relação a doença. Modificação de comportamento exige conhecimento, habilidade e motivação, entretanto, é necessário que paciente perceba que as vantagens desta mudança superam as desvantagens ⁴.

A educação é uma parte essencial do tratamento. Constitui um direito e dever do paciente e também dos responsáveis pela promoção da saúde. A ação educativa em diabetes deve abranger os seguintes pontos:

- Informar sobre as consequências do Diabetes Mellitus não tratado;
- Reforçar a importância da alimentação como parte do tratamento;
- Esclarecer sobre crendices, mitos, tabus e alternativas populares de tratamento;
- Desfazer temores, inseguranças e ansiedade do paciente;
- Enfatizar os benefícios da atividade física;
- Orientar sobre hábitos saudáveis de vida;
- Ressaltar os benefícios da automonitoração, insistindo no ensino de técnicas adequadas e possíveis;
- Ensinar como o paciente e sua família podem prever, detectar e tratar as emergências;
- Ensinar claramente como detectar os sintomas e sinais de complicações crônicas, em particular nos pés;
- Ressaltar a importância de fatores de risco cardiovasculares;
- Incentivar o paciente a se tornar mais auto-suficiente no seu controle ⁷.

As estratégias que vem sendo empregadas em educação em diabetes devem ser constantemente revistas, e educadores devem ser treinados para executar suas funções e estar atentos para o nível intelectual e capacidade de compreensão dos pacientes. Deve ainda ser considerada a condição sócio-econômica do indivíduo na instituição e manutenção de qualquer programa de educação, o qual pode se constituir num fator limitante na obtenção de resultados favoráveis ⁵.

Todo indivíduo diabético e seus familiares devem saber:

- O que é diabetes?
- Tipos e objetivos do tratamento;
- Necessidades nutricionais e como planejá-las;
- Tipos de insulina, suas ações e indicações, técnicas de injeção, rotação de sítios de aplicação e reutilização de seringas;
- Tipos de hipoglicemiantes orais, ações e indicações;
- Efeitos da ingestão de alimentos, exercícios, estresse;
- Sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia, como proceder;
- Automonitoração e controle domiciliar, significado dos resultados e como proceder diante deles;
- Cuidados com os pés para prevenção de lesões;
- Complicações crônicas e como preveni-las ⁸.

A educação em diabetes objetiva não somente melhorar o conhecimento do paciente, mas também desenvolver habilidades, facilitar a autonomia, promover a adesão, tornando-o capaz de entender como as próprias ações influenciam o padrão de saúde ⁹. Apontava muito bem Joslin: “O diabético que mais sabe é o que mais vive” ¹⁰.

Diante do exposto, considerou-se relevante realizar um estudo com a finalidade de identificar as percepções sobre a própria doença de indivíduos diabéticos residentes em uma microárea do bairro Córrego Grande.

2. OBJETIVO

O presente estudo têm por objetivo identificar as percepções dos indivíduos portadores de Diabetes Mellitus, residentes na microárea 02 do bairro Córrego Grande (Área 170), sobre a sua doença.

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. As conseqüências do diabetes a longo prazo incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente os rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos ¹. Os dois principais tipos são o DM tipo 1, que resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas e tem tendência a cetoacidose, e o DM tipo 2, que resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e deficiência relativa de secreção de insulina ².

O Diabetes Mellitus é um importante problema de saúde pública uma vez que é freqüente, está associado a complicações que comprometem a produtividade, qualidade de vida, e sobrevida dos indivíduos, além de envolver altos custos no seu tratamento e das suas complicações ². No Brasil é bastante elevada a incidência de complicações crônicas (distúrbio visual, cegueira, hipertensão, nefropatia, pé diabético, amputação de membros inferiores, impotência sexual, distúrbios cardiocirculatórios e vasculares cerebrais) devido principalmente a existência de poucos programas de educação e de capacitação profissional em diabetes e recursos escassos para prevenção e controle da moléstia ³.

O tratamento do diabetes inclui as seguintes estratégias: educação, modificações do estilo de vida que incluem a suspensão do fumo, aumento da atividade física e reorganização dos hábitos alimentares e, se necessário, uso de medicamentos. O paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos de vida saudáveis (manutenção de peso adequado, prática regular de exercício, suspensão do fumo e baixo consumo de bebidas alcoólicas). Mudança no estilo de vida é difícil de ser obtida, mas pode ocorrer se houver uma estimulação constante ao longo do acompanhamento, não apenas na primeira consulta ².

A educação em diabetes foi proposta inicialmente por Joslin, que fundou em 1929 uma clínica de ensino em Diabetes Mellitus em Boston, nos EUA. Suas idéias não foram facilmente aceitas pela medicina tradicional, porque chamar o paciente para participar ativamente do tratamento representou uma revolução na tradicional e autoritária relação médico-paciente. O maior evento responsável pela mudança foi a demonstração em 1972 do dramático decréscimo das complicações agudas que requeriam hospitalização, após uma

3. MÉTODO

Este estudo foi realizado utilizando o método qualitativo. A pesquisa realizou-se na microárea 02 do bairro Córrego Grande (Área 170), no período de outubro a novembro de 2002.

Foram entrevistados dez indivíduos diabéticos residentes nesta localidade, sem considerar o tipo de Diabetes Mellitus por eles apresentado. Os dados foram obtidos através da aplicação de questionário interpessoal (Anexo 1), tendo sido elaborado com perguntas abertas com a finalidade de identificar as percepções destes indivíduos sobre a sua doença.

As entrevistas foram realizadas individualmente a cada pessoa após o consentimento prévio, sendo registradas em aparelho gravador e transcritas respeitando o vocabulário dos entrevistados.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

A faixa etária dos indivíduos pesquisados variou entre 25 e 71 anos de idade. A menor idade corresponde a única paciente portadora de DM tipo 1, enquanto a maioria apresentou idade acima de quarenta anos, que corresponde a faixa etária de maior incidência de DM tipo 2. Segundo a literatura, 90% dos pacientes apresentam DM tipo 2 e apenas 8 a 9% apresentam DM tipo 1³. A maioria cursou apenas parte do curso primário, dois eram analfabetos e dois apresentavam nível superior.

A maioria dos indivíduos não possuía um conhecimento suficiente sobre o Diabetes Mellitus. A falta de conhecimento em relação ao tratamento, sinais e sintomas e principalmente das complicações, leva os pacientes a cometerem erros que influenciam de maneira negativa o prognóstico da doença, demonstrando a necessidade do desenvolvimento de atividades de ensino ou práticas educativas de saúde dirigidas a esses pacientes e seus familiares. Dentro deste contexto ressaltamos a importância que temos como profissionais da saúde, pois devemos atuar de maneira a conscientizá-los da necessidade da mudança de comportamentos e atitudes, proporcionando-lhes mais conhecimento a respeito de sua doença, e assim, obterem um melhor auto-controle.

4.1 – Conceito de Diabetes Mellitus

Dentre os indivíduos, apenas um admitiu não saber o que é Diabetes Mellitus. A maioria tinha alguma noção sobre o conceito da doença. Predominou entre os entrevistados o conceito de doença onde há um acúmulo de açúcar no sangue.

“Acho que é açúcar no sangue”.

“Dizem que é açúcar no sangue”.

“É glicose no sangue”.

“Eu sou diabética tipo 1, então não produzo insulina, como não produzo eu não consigo processar a glicose ingerida”.

“É falta de insulina no sangue. O pâncreas não fornece bem a insulina e o sangue fica doce”.

Quando analisamos as repostas, percebemos que existe uma popularização do conceito em torno da presença de açúcar no sangue, ou seja, a reprodução da visão biologicista do processo saúde/doença que lhe é transmitida pelo saber médico hegemônico. O profissional da saúde deve refletir e questionar sobre a sua atuação, pois estando numa posição central no serviço de saúde, pode incorrer no engano de ser mero retransmissor de informações reducionistas aos indivíduos, fazendo com que eles tenham uma visão limitada do problema, encarando-o como algo isolado.

Numa doença epidemiologicamente importante como o Diabetes Mellitus, devemos orientar corretamente os pacientes acerca da doença, pois trata-se de um dos mais importantes problemas de saúde pública da atualidade, alcançando expressiva significação como causas de doença e morte e constitui uma das principais causas de hospitalização no país ¹¹.

4.2 - Causas

Quando os pacientes foram questionados sobre o que poderia ter provocado o aparecimento do DM em suas vidas, a maioria dos entrevistados relatou que poderia ter sido devido a uma alimentação com excesso de açúcar. Em segundo lugar apareceu a hereditariedade. A obesidade e o uso de remédios também foram citados.

“Eu acho que foi por doçura, Na época do calor eu tomava muito suco. Eu também tomava muito café doce”.

“Eu acho que é hereditário, porque minha mãe era diabética e minhas tias chegaram até a amputar dedos do pé”.

“Eu acho que é pela obesidade”.

“Eu tô achando que foi o excesso de remédio que eu tomei. Eu tomava uma quantidade muito grande de remédios, cada marca vinha uns quarenta compridos para eu tomar. Faz uns quarenta anos que eu tomo essa “remediarada” para o coração”.

“No meu caso eu realmente não sei. Na época eu procurei um médico, na verdade para fazer uma dieta, porque eu tava ganhando muito peso e por acaso ele descobriu o diabetes, porque eu não tinha sintomas na época”

A maioria dos indivíduos desconheciam os fatores desencadeantes implicados no desenvolvimento do Diabetes. Os resultados das investigações realizadas no campo do

Diabetes Mellitus demonstram que por ignorância dos grupos de risco, aumentam a prevalência e a incidência da doença ¹².

Pelo fato de o Diabetes Mellitus ser uma doença crônico-degenerativa e não possuir um agente etiológico determinado pela medicina oficial, mas sim fatores desencadeantes da doença, vemos que isso abre espaço para uma série de causas, que vão desde orgânicas, aos hábitos do indivíduo até a uma explicação mágica e religiosa ¹³.

Os profissionais da saúde devem alertar estes indivíduos sobre a importância de se conhecer os fatores de risco para o desenvolvimento da doença, pois o padrão de vida da sociedade atual tem contribuído cada vez mais para o aumento da incidência do Diabetes. Dieta inadequada, sedentarismo e o stress são alguns dos fatores presentes atualmente na vida cotidiana e que têm forte relação com a doença.

4.3 - Tratamento

Questionados sobre como deve ser o tratamento do DM, predominou entre os entrevistados a realização de dieta e atividade física, com o mesmo número de citações. O controle do açúcar e o uso de medicação também foram citados. Uma pessoa chegou a relatar o uso de chás, o que demonstra a procura de práticas populares para o tratamento da doença. Percebe-se que os indivíduos apresentam dificuldades em relação ao tratamento, que pode ser tanto por falta de orientação adequada, como pela falta de interesse dos próprios pacientes.

Sabe-se que para tratar o DM é necessário educação, modificações dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos.

“Tem que evitar doçura, gorduras, fazer exercícios, caminhar”.

“Dieta, exercício físico e medicação quando necessário”.

“Em primeiro lugar eu acho que a melhor coisa é andar e comer verdura. Isso é a chave do diabetes, porque a minha já teve em 580 e eu botei ela em 70 andando e comendo verdura”.

“Tem que fazer muito regime, né, tomar os remédios que médico mandar e não fazer “cavalice”, né”.

“Que eu sei é reduzir o açúcar, carboidratos também, aumentar o exercício físico, o qual eu não faço”.

“Tem que fazer dieta, tem que fazer o seguimento dos remédios. Eu tenho tomado alguns chás também”.

O tratamento do diabético deve incluir educação, dieta, exercício e medicação, seqüência que comumente é invertida devido ao tempo da consulta ou por falta de treinamento e atitude do médico para a educação do paciente. O objetivo primordial é melhorar o controle metabólico, evitar ou diminuir as complicações agudas e crônicas e melhorar a qualidade de vida. O conhecimento por parte do paciente acerca do diabetes e suas implicações amplia o interesse e magnifica a cooperação com o médico ¹⁰.

Educar o paciente implica desenvolver nele os conhecimentos, as destrezas, as motivações e os sentimentos que lhe permitam enfrentar as exigência terapêuticas do diabetes com autonomia e responsabilidade ¹². Alguns indivíduos fazem uma referência maior a alimentação em relação a outros meios que também contribuem para o controle da doença.

O conhecimento e as habilidades necessárias para implementar um regime de tratamento não podem ser adquiridos durante uma breve consulta. As mudanças ocorrem gradualmente e se apresentam como pequenos incrementos; não é infreqüente que os pacientes tenham retrocessos periódicos. É então quando o paciente se beneficia mais da experiência da equipe dos profissionais da saúde, os quais podem proporcionar-lhe não só habilidades para resolver problemas específicos, mas também o apoio necessário ¹⁰.

O que ocorre comumente é a imposição de conceitos para os populares, numa espécie de educação bancária, esperando que eles passem a assumir o controle de sua doença. A busca de práticas populares de cuidados com a saúde constitui uma maneira de defesa coletiva frente a imposição da racionalidade médica hegemônica que não contempla os anseios subjetivos do ser humano ¹³. Os profissionais da saúde devem ter consciência de que além de fornecer a prescrição, eles devem orientar adequadamente os pacientes sobre a enfermidade e suas formas de tratamento.

4.4 - Dieta

Quando foram questionados sobre quais alimentos o diabético deve evitar, houve um predomínio dos alimentos que contém açúcar e gorduras.

“Que eu saiba, é mais a gordura e as doçuras”.

“Eles falam que é para evitar o sal, a gordura e o açúcar”.

“Eu não evito. Tem época que eu como a vontade. Se puder evitar é bom, passar só na base da verdura é o melhor. Tenho um amigo que diz que se eu comer só verdura eu vou melhorar”.

“Eu evito só docuras e gorduras. Eu não sei se a gordura prejudica a diabetes, mas eu evito. No mais eu como o que eu posso comer”.

Percebeu-se entre os entrevistados que havia uma preocupação maior com os alimentos que contém açúcar e gorduras em sua composição. A educação alimentar é um dos pontos fundamentais no tratamento do Diabetes Mellitus. Os alimentos ricos em gordura saturada e colesterol, frituras e carboidratos simples devem ser evitados⁷. Os profissionais da saúde devem estar capacitados para lidar com estes indivíduos, orientando-os quanto a uma dieta adequada e que lhes permita um melhor controle metabólico, evitando certos tabus alimentares que geram mais ansiedade em suas vidas.

4.5 – Atividade Física

Em relação a atividade física, todos os entrevistados acharam que o diabético deve realizá-los, porém duas pessoas afirmaram a sua maneira, que a sua prática depende das condições do indivíduo.

“Eu acho que sim. Acho que é bom pra pessoa”.

“Conforme a pessoa pode, agora eu já não dá. Cada caso é um caso, cada pessoa tem o organismo de um jeito. O médico mandou que eu andasse, mas eu tenho muita canseira. Agora eu sinto que até para andar dentro de casa o meu coração “ tá solto”.

“Sim. É bastante importante no controle da glicemia, deve-se praticar regularmente”.

“Acho que sim. Acho que para emagrecer, para ficar mais saudável”.

“Deve, porque ajuda a criar insulina no sangue”.

A tecnologia disponível atualmente tem contribuído cada vez mais para aumentar o sedentarismo. Todas as inovações tecnológicas tem como finalidade proporcionar ao homem uma vida menos complicada. Carro, computador, internet, entre outros, facilitam a vida das pessoas, mas implicam em menor esforço físico. O estímulo a atividade física é importante, pois além de favorecer a perda ponderal e aumentar a sensibilidade a insulina, potencializa os

efeitos da dieta no perfil lipídico, diminuindo os níveis de triglicerídeos e elevando o de HDL-c². A maioria dos entrevistados relatou ser necessário a realização de atividade física, porém com justificativas que demonstraram pouco conhecimento da sua finalidade.

Dieta e exercício físico são aspectos fundamentais no manejo destes pacientes e deve-se estabelecer de maneira conjunta com os pacientes e a equipe de saúde as possibilidades alternativas para o seu cumprimento¹⁴. Alguns indivíduos apresentam limitações para a prática de atividade física, como por exemplo a presença de cardiopatia. A idade, aptidão física e as preferências de cada paciente são importantes⁷.

4.6 - Complicações

Quando questionados sobre o conhecimento das complicações do DM, nenhum entrevistado citou as complicações agudas da doença (hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar). Observou-se também que alguns indivíduos confundiram as complicações com os sinais e sintomas do Diabetes Mellitus. Outro fato observado foi que a maioria dos entrevistados desconheciam termos como retinopatia, nefropatia e neuropatia, referindo-se a eles usando a linguagem popular. As alterações da visão foram as mais citadas pelos indivíduos. Em seguida vieram as complicações renais e as amputações. Complicações cardiovasculares, impotência sexual, trombose e derrame cerebral (AVC) também foram citados. Nenhum entrevistado citou pé diabético e apenas um relatou não saber quais eram as complicações.

“É a cansaça e a cegueira. Tem horas que eu tenho muita falta de vista, não enxergo nada. Outra coisa que eu não sei se é devido ao coração ou ao diabetes, é muita ânsia de vômito”.

“Alterações na visão, que é a retinopatia diabética. Além disso, alteração renal e também complicações cardiovasculares são as que eu me recordo”.

“A primeira coisa é que todo homem perde a potência. Visão, você vai perdendo a visão, eu acho que eu perdi mais de 30% da minha visão. Tem gente que tem que amputar a perna também”.

“Dizem que fica cego, perde a noção dos músculos”.

“Principalmente a deficiência renal, porque conforme a glicose no sangue, fica bem grosso e dificulta a irrigação do sangue pelos vasos. Pode dar trombose, pode dar derrame e várias outras complicações”.

Visto que a origem das complicações está no descontrole crônico, fica evidente o insuficiente trabalho de convencimento no consultório e a necessidade de um esforço maior para a educação tanto do paciente como do médico, e a formação de educadores em diabetes. Tem sido demonstrado que o treinamento do paciente diminui o número e intensidade das complicações, o número e dias de hospitalizações e os gastos com medicação ¹⁰.

Devido a falta de conhecimento, muitos indivíduos confundem as complicações do Diabetes Mellitus com os sinais e sintomas da doença, demonstrando não ter consciência dos riscos que a enfermidade pode acarretar.

4.7 – Sinais e Sintomas

Quanto aos sinais e sintomas comuns do diabetes, a maioria dos indivíduos demonstrou conhecer pelo menos um deles apesar do elevado grau de desinformação. Os termos poliúria, polidipsia, polifagia são desconhecidos por grande parte dos entrevistados, fato que também ocorreu com as complicações da doença, pois estes termos são referidos na linguagem popular. Alguns indivíduos apresentaram total desconhecimento sobre os sinais e sintomas do Diabetes Mellitus.

“É tontura. Dizem que dá muita dor de barriga também”.

“Eu não sei sabe. Me dava uns par de dor. Eu tinha dor de cabeça, muita dor de cabeça. Tinha dia que eu tinha muita fraqueza e tontura também”.

“A questão de sentir muita sede, urinar bastante, comer bastante e mesmo assim perder peso, tontura, mal estar, são os sintomas que eu me lembro”.

“Eu tinha muita sede, era muita sede, de dia, de noite. Acho que eu tomava mais de 5 litros de água por dia”.

“Eu creio que a diabetes, quando você tem qualquer machucado no corpo, quando ele tá meio alto, ele dá sintomas, né. Se tem uma ferida, ele dá coceira, ele aumenta. Dizem que o diabético é impotente, mas isso não me prejudica”.

Estudos epidemiológicos defendem que o DM tipo 2 é muito subdiagnosticado em virtude do desconhecimento dos sinais e sintomas da doença. Por isso é de fundamental importância que o paciente saiba reconhecê-los.

4.8 – Mundo Atual Contribuindo para o Aumento da Incidência do Diabetes Mellitus

Para a maioria dos indivíduos, viver nos dias de hoje contribui para o aumento do número de casos da doença. Prevaleceu entre os entrevistados a idéia de que isto está ocorrendo devido a uma dieta inadequada. Alguns indivíduos relataram que isto pode estar ocorrendo devido ao consumo de produtos industrializados e que apresentam produtos químicos em sua composição. O consumo excessivo de alimentos ricos em açúcar, o stress e o sedentarismo também foram citados.

“Acho que sim, é muita comilança. Antigamente não tinha essas coisas enlatadas, tudo o que a gente comia era mais natural”.

“Eu acho que sim, porque tudo os alimentos que a gente usa hoje em dia tem coisa que prejudica a gente. Antigamente era tudo alimento natural”.

“Eu acho que sim, porque a alimentação da gente tá cada vez mais inadequada. Se come cada vez mais doces, gorduras e com isso menos frutas e verduras, o que contribui para aumentar não só o diabetes, mas várias outras doenças. Estamos também cada vez mais sedentários”.

“Eu acho que sim, principalmente na alimentação que é muito rica em açúcar, carboidratos, né, tudo isso que tem bastante glicose na sua composição. Isso contribui bastante, principalmente nestes fast food e tudo mais que tem muita gordura. E também o stress, acho que contribui bastante”.

O estilo de vida da sociedade atual tem contribuído bastante para o aumento da incidência do diabetes. O consumo excessivo de produtos industrializados, que muitas vezes substituem as principais refeições do dia, associado ao stress da vida cotidiana e ao sedentarismo, entre outros fatores, são motivo de preocupação para os organismos de saúde em todo o mundo. Dieta inadequada e sedentarismo são responsáveis pelo crescente aumento dos casos de obesidade, que está se tornando um importante problema de saúde pública,

principalmente nos países ocidentais, como por exemplo, os EUA. Sabe-se que a obesidade está frequentemente associada ao diabetes tipo 2. É crescente a elevação da incidência e prevalência em todo o mundo. Alguns autores já apontam para o caráter epidêmico que o Diabetes Mellitus possa assumir nos próximos anos ¹⁵.

4.9 – Orientações e Busca de Informações

Quando questionados sobre as orientações que recebiam, a maioria dos entrevistados relatou que elas eram transmitidas pelo médico. Alguns relataram que as recebiam nas reuniões do grupo de diabéticos. Quanto a busca de informação, observou-se que grande parte dos indivíduos não tem interesse e ou motivação para saber mais a respeito da sua doença. A maioria relatou que não procura informações; outros relataram dificuldade devido ao analfabetismo.

“O médico me falou algumas coisas que eu nem lembro mais. Não leio nada a respeito, nem a bula dos remédios eu leio”.

“A orientação que médico me deu foi comer bastante fruta e verdura, porque você está com diabetes e pronto. Nunca li nada a respeito do diabetes. Acho que se o médico tivesse me orientado melhor, eu talvez não estaria no estado que está a minha”.

“Eu leio muitos livros, mas de conhecimento em diabetes eu não tenho lido ainda. Tenho informação dos médicos, que me dizem o que pode fazer ou não. Eu procuro seguir tudo direitinho, mas tem pessoas que nem tomam os remédios direito, que não ligam para o que o médico fala, aí não tem jeito”.

“O médico disse para eu não comer doçura. Eu não leio nada porque não sei ler”.

“Já, tanto do médico, como informações via internet, revistas. Sempre procuro me informar. Acho que os médicos deveriam dar mais ênfase. Alguns médicos não estão preparados para lidar com o diabético. Um médico que eu tive me disse que eu precisava de atendimento psicológico para lidar com o meu problema”.

Verificou-se que alguns indivíduos transferem a responsabilidade toda para o médico em relação ao seu problema. Isto é reflexo da posição centralizada e hegemônica da figura do médico. Não podemos falar na existência de um auto-cuidado propriamente dito, haja visto que o controle sobre saúde-doença, no que se refere as práticas oficiais é norteador pelas

prescrições dos técnicos em saúde. A referência a figura do médico se estende ao físico, ao psicológico, ao social, indicando, desse modo, o monopólio do discurso médico em espaços que não lhe cabem¹³. Alguns entrevistados se queixaram que as orientações recebidas não eram suficientes, entretanto observou-se que nem todos faziam um acompanhamento constante e sequer participavam do grupo de diabéticos.

De maneira geral os profissionais da saúde se queixam do desânimo e falta de motivação da maioria dos pacientes e, diferentes trabalhos tem abordado sobre o problema da falta de capacitação dos profissionais da saúde para desenvolver sua função de educação terapêutica¹².

A consulta médica é um momento importante para a conscientização dos pacientes a respeito da sua doença, despertando nele a motivação necessária para lidar com o problema, e assim, obter uma melhor qualidade de vida.

A influência do médico na consulta, constitui um ponto cardinal que muitos profissionais da saúde não consideram, limitando-se ao diagnóstico e a prescrição, deixando de lado a valiosa ferramenta da educação do paciente¹⁰.

Os profissionais da saúde devem estimular os grupos terapêuticos e incentivar a participação dos indivíduos. A respeito da eficácia, após a participação no grupo, constatamos que a capacidade de se autocuidar foi a mais destacada, havendo uma mudança na percepção da doença e no estilo de vida. Esta não se restringe apenas ao nível físico, mas ao social e ao psicológico, indicando uma visão ampla, que remete ao grupo como espaço social. Assim, o grupo funciona como uma extensão das práticas de saúde e ao mesmo tempo permite relações humanas, funcionando, sob esse ponto de vista, como um grupo de auto-ajuda¹³.

4.10 – Viver com Diabetes Mellitus

Questionados sobre o que mudou em suas vidas após o diagnóstico do DM, percebe-se que os entrevistados fazem grande referência a alimentação.

“A gente fica muito triste porque não pode comer o que a gente comia antes, as doçuras, essas coisas boas. O resto não mudou nada”.

“Eu acho que quase tudo. A questão da alimentação, consciência de ter que manter uma dieta mais equilibrada, com horários para se alimentar. Mudou bastante neste aspecto. A

questão social também muda um pouco, porque você não pode mais beber da mesma forma, tem que ter um certo controle”.

“Mudou um pouco porque a gente fica com medo, não come tudo o suficiente, porque tem medo de exagerar”.

“O que mudou é que eu não posso comer tudo o que eu quero. As vezes se vou numa festa e tem bolo, eu como, posso comer, mas a gente evita de comer para não aumentar o diabetes, que é chato o médico dizer que tá aumentando, que aumentou o diabetes”.

“ Fico chateado porque eu queria comer tudo, e agora muitas coisas eu não como. Fico triste com isso, é difícil comer só um pedacinho de bolo, ficar controlando, não é fácil” .

A representação da doença como algo contrário do que é bom, algo desagradável que afeta o sujeito e o incapacita, denota algo ruim, o mal em si. A percepção da doença como um mal é tão comum em nossa cultura que parece até que é algo “natural”¹³. Ser diabético não significa ser anormal, mas necessita que o indivíduo adquira uma nova visão do seu problema, que lhe permita conviver melhor com a doença.

Estes indivíduos dão muita importância a alimentação e se esquecem de outros meios que contribuem para o controle da doença. Neste sentido a educação é fundamental para derrubar os preconceitos e fantasmas que afetam a vida destes pacientes, melhorando a sua auto-estima e reduzindo a ansiedade⁵.

É necessário uma sensibilização dos profissionais de saúde do primeiro nível de atenção para promover programas educacionais de acordo com a situação sócio-cultural e econômica em que vivem os pacientes¹⁴. Sobre tudo é necessário conhecer o estado do paciente frente a enfermidade, seu ânimo, suas motivações e barreiras para o aprendizado e as experiências prévias, se conta com apoio familiar e a capacidade de adaptação¹⁰.

“A forma pela qual os sujeitos entendem a realidade vai determinar a sua maneira de se conduzir na vida”¹³.

5. CONCLUSÕES

1. As percepções dos indivíduos sobre o Diabetes Mellitus são uma reprodução da visão médica hegemônica e biologicista, responsável pela tendência à transmissão individual de conceitos, em detrimento de ações de enfoque coletivo.
2. Percepções sobre causas e tratamentos ficam enfocadas em aspectos reducionistas.
3. Na percepção sobre a influência do padrão de vida da sociedade atual sobre a incidência do Diabetes Mellitus, os indivíduos apresentam uma visão simplista frente ao contexto global envolvido.
4. A percepção de viver com Diabetes está relacionada à algo ruim e incapacitante, o que denota a visão dicotômica do conceito saúde/doença.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Definition and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Report of a WHO Consultation. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. 1999.
2. Consenso Brasileiro sobre Diabetes. Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus e Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2. 2000.
3. Chacra AR, Dib SA. Diabetes Mellitus. In: Borges DR, Rothschild HA, editors. Atualização Terapêutica. 20 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
4. Maldonato A, Bloise D, Ceci M, Fraticelli E, Fallucca F. Diabetes mellitus: lessons from patient education. Patient Educ Couns 1995;26(1-3):57-66.
5. Vivolo MC, Oliveira O, Ferreira SRG. Educação em Diabetes: Papel e Resultados das Colônias de Férias. Arq Bras Endocrinol Metab 1998;42(6):444-50.
6. Rodríguez MS, Fajardo EV. Labor de la enfermera en el control del paciente diabético / Nurse's role in the control of the diabetic patient. Rev. cuba. enferm 1998;14(2):131-5.
7. Ministério da Saúde. Protocolo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. In: Cadernos de Atenção Básica. Brasília; 2001.
8. Diabetes Mellitus. Guia para Diagnóstico e Tratamento. In: Programa Harvard/Joslin/SBD. Educação em Diabetes no Brasil. Brasília; 1996.
9. A core curriculum for diabetes education. 2 ed. Chicago: American Association of Diabetes Educators; 1995.
10. González SZ, Andrade SI. Educación del paciente diabético: un problema ancestral. Rev. méd. 2000;38(3):187-191.
11. Ministério da Saúde. O atendimento do diabético na rede básica de saúde. In: Manual de diabetes; 1993. p. 86-9.
12. Pérez RS, González RG, Padilla DA, Díaz OD. Resultados de la educación en diabetes de proveedores de salud y pacientes. Su efecto sobre el control metabólico del paciente. Rev. cuba. endocrinol 2000;11(1):31-4.
13. Teixeira ER. Representações culturais de clientes diabéticos sobre saúde, doença e autocuidado. Rev. enfermagem UERJ 1996;4(2):163-9.

14. Juárez ENA. Ideas populares acerca de diabetes y su tratamiento / Popular deliefs about diabetes and its treatment. Rev. méd. 1998;36(5):383-7.
15. Ministério da Saúde. Guia Básico para Diagnóstico e Tratamento. In: Diabetes Mellitus. Brasília; 1996.

ANEXO

ANEXO 1

1. Características dos entrevistados:

Nome:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Número de filhos:

Profissão:

Naturalidade:

Procedência:

Grau de escolaridade:

Questionário:

1. Há quanto tempo o sr (a) tem o diabetes diagnosticado?
2. O sr (a) sabe o que é diabetes?
3. O que o sr (a) acha que provocou o aparecimento do diabetes em sua vida?
4. O que o sr (a) acha que uma pessoa com diabetes deve fazer para tratar a doença?
5. O diabético deve evitar quais tipos de alimentos?
6. O diabético deve praticar atividade física? Por quê?
7. O sr (a) sabe quais são as complicações mais frequentes do diabetes?
8. O sr (a) sabe quais são os sinais e sintomas importantes no diabetes?
9. O sr (a) acha que mundo atual contribui para aumentar os casos de diabetes?
10. O sr (a) já recebeu orientações ou procurou informações sobre a doença?
11. O que mudou na sua vida após o diagnóstico do diabetes?

**TCC
UFSC
SP
0067**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC SP 0067

Autor: Borges, José Carlo

Título: Percepções de indivíduos portado



972811924

Ac. 254145

Ex.1 UFSC BSCCSM